

# El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger.

Autism 70 years after Leo Kanner and Hans Asperger.

Josep Artigas-Pallarès <sup>a</sup>, Isabel Paula <sup>b</sup>.

<sup>a</sup>*Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Unidad de Neuropediatría, Sabadell, Barcelona, España. Centre Mèdic Psyncon, Sabadell, Barcelona, España.* <sup>b</sup>*Universitat de Barcelona. Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Campus Mundet, Barcelona, España.*

Correspondencia: Dra. Isabel Paula Pérez (isabelpaula@ub.edu)

Recibido: 05/09/2011; aceptado: 12/11/2011

**RESUMEN:** A partir de las aportaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944), el autismo ha sido foco de intenso debate, no sólo sobre aspectos fenomenológicos, etiológicos y terapéuticos; sino también sobre su propia naturaleza. La presente revisión pretende situar el autismo como un concepto dinámico sometido a interpretaciones no solo diversas, sino radicalmente enfrentadas. Bajo un controvertido debate entre teorías psicodinámicas, conductistas y biológicas transcurrieron casi cuatro décadas, hasta que el autismo fue incorporado a los manuales diagnósticos. A partir de los años 80 una parte importante de los profesionales implicados en el autismo basa el diagnóstico en criterios consensuados que permiten delimitar grupos homogéneos, sin los cuales sería estéril la investigación y el intercambio de conocimientos. Pero los criterios actuales, y sobre todo la ubicación nosológica del autismo, parecen estar todavía lejos de ser consolidados como definitivos. Posiblemente las aportaciones del DSM 5 sean el inicio de un giro radical.

**PALABRAS CLAVE:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM, síndrome de Kanner, trastorno autístico, trastorno de Asperger, trastorno del espectro autista.

**ABSTRACT:** From the contributions of Leo Kanner (1943) and Hans Asperger (1944), autism has been the focus of an intense debate about its phenomenological, etiological and therapeutic aspects and about its nature. This review aims to describe autism as a dynamic concept subject to interpretations not only different, but radically opposed. During four decades there has been a controversial debate between psychodynamic, behavioral and biological theories till autism was incorporated into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. From the 80's on an important part of the professionals involved in autism, based the diagnosis on agreed criteria that allow defining homogenous groups, without which research would be sterile and shared knowledge impossible. But today's standards, and especially the nosological location of autism, appear to be still far from being consolidated as definitive. Perhaps the contributions of the DSM 5 will be the beginning of a turnabout.

**KEY WORDS:** Asperger's disorder, autism spectrum disorders, autistic disorder, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, Kanner's syndrome.

## *El autismo antes de Kanner y Asperger.*

Las primeras descripciones, consolidadas como relevantes, sobre lo que actualmente denominamos trastornos del espectro autista (TEA) corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944). Sin embargo, no cabe duda de que individuos de similares características a las identificadas por

estos autores han existido siempre. Por esta razón es posible rescatar múltiples huellas de su paso por la historia de la humanidad.

Quizás la primera referencia escrita conocida corresponde al siglo XVI. Johannes Mathesius (1504-1565) (1), cronista del monje alemán Martin Lutero (1483-1546), relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado.

Otro caso histórico es el del insólito Fray Junípero Serra, quien ejemplifica muchos de los síntomas que se pueden observar en personas con autismo. De acuerdo con los relatos recogidos en el libro anónimo *“Las Florecillas de San Francisco”* (2), escrito en el siglo XVII, donde se relatan pequeñas historias de este santo, Fray Junípero no comprendía las claves sociales o el lenguaje pragmático, no detectaba la intencionalidad del comportamiento de los demás, no se adaptaba a las diferentes convenciones sociales y mostraba dificultades para comprender la comunicación no verbal. Una divertida anécdota, referida en el libro, ilustra la candidez y la tendencia a la interpretación literal implícita en el lenguaje del fraile. Resulta que el hermano Junípero se brindó a un pobre enfermo para servirle en lo que pudiera ser útil. Ante tal solicitud, el enfermo pidió al buen fraile: *“«Sería un gran consuelo si me pudieras traer un trozo de jamón»*. Sin pensárselo dos veces, el hermano Junípero tomó de la cocina un enorme cuchillo y se dirigió a un bosque donde iban los cerdos a comer. Atrapó uno de ellos y sujetándolo con fuerza consiguió cortarle una pata. Tras dejar al gorrino mal herido, corrió al convento donde con gran esmero cocinó la pata, dando de este modo satisfacción a los deseos del enfermo quien la comió con gran voracidad.

Mayor divulgación y polémica ha recibido el caso del niño salvaje Victor de Aveyron, estudiado por el Dr. Jean Itard, y llevado a las pantallas de cine en 1970 en la película, dirigida por Francois Truffaud, *“L'enfant sauvage”*. Esta historia fue agudamente estudiada por la psicóloga inglesa Uta Frith (2003) (3), quien aportó una versión muy distinta respecto a la convencional. Cuando Victor fue hallado en estado salvaje en los bosques del Midi Francés, no hablaba, no hacía demandas, no establecía contacto con las personas y parecía totalmente desprovisto de cualquier forma de sociabilidad. Su edad se estimó alrededor de los 12 años. El caso despertó en su época, finales del siglo XVIII, un apasionante debate en el mundo intelectual, conmovido por el enternecedor e intrigante caso. El debate se movía entre dos polos: ¿era Victor, privado del contacto social, algo parecido a una bestia salvaje desprovista de cualquier sentido moral?; o por el contrario, ¿sería el buen salvaje rousseauiano, no contaminado por la sociedad, del cual emergerían las virtudes humanas en su estado más puro? .Desde una perspectiva más pragmática, algunos médicos de la época pensaron que Victor padecía una deficiencia severa desde el nacimiento – imbecilidad constitucional – y que, precisamente por este

motivo, sus padres lo habrían abandonado. Pero esta explicación, aparentemente cargada de sentido común, era poco atractiva para la intelectualidad de la época, pues daba por concluido el apasionante debate sociológico que este acontecimiento había suscitado. La escritora Harlan Lane (1976) planteó por primera vez en su libro “El Niño Salvaje de Aveyron”, la posibilidad de que Victor fuera autista (4). Pero la autora acabó rechazando esta opción por las siguientes razones: 1) Victor, mostraba cambios bruscos de humor desencadenados por causas vinculadas a la relación con otras personas; 2) no estaba profundamente aislado, sino que mostraba un cierto afecto con los que eran amables con él; 3) no tenía obsesiones marcadas; 4) no tenía grandes dificultades para la manipulación; y 5) tenía lenguaje gestual. Sin embargo, Uta Fritz se preguntaba, años más tarde, en su libro: “¿descartan estas observaciones el diagnóstico de autismo?” Desde la perspectiva actual se contempla el autismo, dentro un espectro dimensional con alteración de las capacidades sociales y comunicativas; pero en modo alguno ello implica una ausencia absoluta de tales facultades.

Si se presta atención a la descripción que dejó escrita el abate Pierre-Joseph Bonnaterre, profesor de Historia Natural de la Escuela Central de Aveyron, resulta que analizando minuciosamente el relato de sus conductas queda muy claro que Victor mostraba deficiencias en las interacciones sociales recíprocas, incompetencias intelectuales específicas, alteraciones de la integración sensorial y, además, no realizaba juego simbólico (5).

Sin embargo, el vocablo autismo no fue utilizado en la literatura médica hasta 1911. En esa fecha, el psiquiatra suizo Paul Eugen Bleuler introdujo este término para referirse a una alteración, propia de la esquizofrenia, que implicaba un alejamiento de la realidad externa. Bleuler, profundamente interesado en la esquizofrenia, utilizó el significado inicial para referirse a la marcada tendencia de los pacientes esquizofrénicos a vivir encerrados en sí mismos, aislados del mundo emocional exterior (6). Como suele ser común en el lenguaje médico, la locución deriva del griego clásico. “Autos”, significa uno mismo; “ismos” hace referencia al modo de estar. Se entendía por autismo el hecho de estar encerrado en uno mismo, aislado socialmente. Sin embargo, el uso original de la palabra no se correspondía exactamente con el significado que adquiriría tres décadas más tarde, y que persiste en la actualidad.

Poco después, en 1923, el psicólogo también suizo, Carl Gustav Jung introdujo los conceptos de personalidad extravertida e introvertida, ampliando el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud (7). Este enfoque definía a la persona con autismo como un ser profundamente introvertido, orientado hacia el mundo interior. El introvertido era para Jung una persona contemplativa que disfrutaba de la soledad y de su mundo interno; de manera que la introversión severa, denominada autismo, se creía que era característica de algunas formas de esquizofrenia.

Durante los años previos a Leo Kanner fueron apareciendo trabajos que se pueden considerar aproximaciones conceptuales al autismo. Tales aportaciones se inspiraban en interpretaciones de lo que se denominó esquizofrenia de inicio precoz (8), síndromes parecidos a la esquizofrenia (9) o cuadros regresivos en la infancia (10). Ello indicaba que las personas con autismo, como es obvio, acudían a las consultas e intrigaban a los psiquiatras de la época.

### *Y llegó Leo Kanner.*

La incorporación del término autismo al significado actual se debe a Leo Kanner, tras la aparición en 1943 del que se puede distinguir como el artículo fundacional del autismo actual: “*Autistic disturbances of affective contact*” (11). Kanner había nacido en 1894 en Klekotiv, un pueblecito de Austria, actualmente perteneciente a Ucrania. Tras haber finalizado sus estudios de medicina en Berlín y haber vivido la primera guerra mundial, emigró a los Estados Unidos en el año 1924. Pronto orientó su interés hacia la Psiquiatría, y especialmente a los problemas infantiles en este campo. No tardó en ver recompensada su dedicación, al ser seleccionado en 1930 para desarrollar en el Hospital John Hopkins de Baltimore el que puede ser considerado como primer servicio de Psiquiatría Infantil en el mundo. A él se debe la publicación del primer libro sobre la materia (“*Child Psychiatry*”) en 1935 (12). Kanner era por encima de todo un gran clínico, con una extraordinaria capacidad de observación y una agudeza exquisita para apreciar los rasgos típicos de sus pacientes.

Kanner fue, además de un gran profesional, un ciudadano sensible a la injusticia social, y especialmente al abuso infantil. Se sentía profundamente indignado cuando contemplaba como las damas de alcurnia de la alta sociedad americana contrataban abogados para que les facilitaran la custodia de muchachas de la escuela de débiles mentales a quienes trataban peor que a esclavas. En una sesión de la American Psychiatric Association en el año 1937, denunció que muchas no recibían sueldo, que trabajaban exhaustivamente, que estaban mal alimentadas y que eran maltratadas (13).

En los años siguientes a la publicación del citado artículo, Kanner siguió profundizando en la delimitación del trastorno, al cual le asignó la denominación de “*autismo infantil precoz*”, tras haber acumulado experiencia mediante la identificación personal de más de 100 niños y haber estudiado muchos otros procedentes de colegas psiquiatras y pediatras (14). En los años que siguieron, merced a la divulgación del autismo, se empezaron a identificar gran número de pacientes en diversos países. Pero como era de esperar, nadie conocía el cuadro clínico tan a fondo

como Kanner. Nadie podía precisar y comprender con mayor precisión cuales debían ser los límites entre el autismo y otros trastornos. Puesto que el conocimiento del autismo estaba emergiendo, era capital no confundirlo con otros problemas, de otro modo resultaría muy adulterada la investigación y el progreso en el conocimiento de la naturaleza del autismo. Con esta finalidad, Kanner propuso como criterios que definían el autismo precoz los siguientes síntomas cardinales: aislamiento profundo para el contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y pensativa y una alteración en la comunicación verbal manifestada por un mutismo o por un tipo de lenguaje desprovisto de intención comunicativa. De todos estos aspectos, en 1951 Kanner destacaba como característica nuclear: la obsesión por mantener la identidad, expresada por el deseo de vivir en un mundo estático, donde no son aceptados los cambios.

Al mismo tiempo que Kanner progresaba en sus estudios se iba extendiendo por América y por Europa el conocimiento del trastorno. Como era lógico esperar, pronto surgieron interpretaciones contradictorias y discordantes. En 1952 se confirmaba en Europa la existencia del síndrome tras la publicación de los trabajos de van Krevelen en Holanda (15) y de Stern en Francia (16).

Se lamentaba Kanner de que mientras en Europa era bien aceptada la precisa delimitación del autismo como una enfermedad "*sui generis*", en el continente americano se extendía el hábito de diluir el concepto original a causa de incorporar interpretaciones y conceptualizaciones heterogéneas. El diagnóstico de autismo se convirtió casi en una moda. Se diagnosticaba como autistas a niños con retraso mental asociado a algún síntoma raro, pero sobre todo se extendió el punto de vista de que el autismo dependía exclusivamente de determinantes emocionales ligados al vínculo materno. Esta postura justificaba la aplicación indiscriminada de "terapia" a todos los pacientes, al margen de cualquier filigrana diagnóstica, ya que en el fondo todos los problemas mentales eran enfocados desde el Psicoanálisis de forma idéntica. No tenía, por tanto, ningún sentido preocuparse por cuestiones irrelevantes como la genética, el metabolismo o el funcionamiento del sistema nervioso.

Kanner estaba escandalizado y satirizaba la tendencia a considerar "por decreto" que el destino de un bebé venía determinado de modo exclusivo por lo que ocurre en el interior y alrededor del neonato (17). De modo que la terapia, como afirmaba irónicamente Kanner, podía modificar las potenciales fatales consecuencias y ofrecer la oportunidad para adaptarse a las exigencias de la convivencia suburbana. Esta postura le había llevado a escribir, ya en 1950, el libro titulado: "*En defensa de las madres. Como educar a los niños a pesar de los psicólogos más celosos*". Afirmaba Kanner: "*No existen suficientes refugios para los bombardeos verbales que llueven sobre los padres contemporáneos*". En cualquier ocasión reaccionaba rápidamente cuando escuchaba palabras y frases destinadas a

confundir y asustar sin fin: “*complejo de Edipo, complejo de inferioridad, rechazo materno, represión, regresión, bla, bla, bla y más bla, bla*” (18).

Durante las décadas de los años 50 y 60, el lógico debate generado tras la irrupción del autismo en la arena psiquiátrica se centró en dos aspectos. Por un lado, la vinculación con la esquizofrenia y, por otro, la interpretación psicodinámica. Tras alguna vacilación inicial en este segundo aspecto, la postura de Kanner fue clara y rotunda en ambos aspectos. Dedicó amplio espacio en sus escritos a discutir, con sorprendente clarividencia, ambas cuestiones.

Kanner tenía una fina sensibilidad para esclarecer los conceptos que se manejaban en su época y para reconocer los límites entre los conocimientos sólidos y las especulaciones teóricas. Ello le condujo a defender con firme contundencia, sustentada en una profunda comprensión de sus pacientes, la separación entre autismo y esquizofrenia (19) (20). Para Kanner el cuadro clínico del autismo, tal como él lo había descrito, era tan específico que se podía diferenciar claramente, no solo de la esquizofrenia, sino de cualquier otro trastorno. No dejó tampoco de hacer notar que la llamada esquizofrenia infantil, en sus tiempos, era todavía una entidad especulativa, basada en gran parte en insinuaciones derivadas del relato de familiares de pacientes esquizofrénicos adultos o adolescentes.

Frente a las interpretaciones psicodinámicas Kanner afirmaba que los autistas son niños que nunca han “participado” y que han llegado al mundo desprovistos de los signos universales de la respuesta infantil. Sostenía que ello se evidenciaba en la falta de respuesta anticipatoria cuando alguien hace la acción de intentar tomarlo en brazos (17).

En la publicación inicial, donde describía magistralmente el cuadro clínico del autismo, recogió las observaciones sobre 8 niños y 3 niñas que le habían llamado poderosamente la atención. Estos 11 pacientes tenían en común las siguientes características: 1) incapacidad para establecer relaciones; 2) alteraciones en el lenguaje, sobre todo como vehículo de comunicación social, aunque en 8 de ellos el nivel formal de lenguaje era normal o sólo ligeramente retrasado; 3) insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios; 4) aparición, en ocasiones, de habilidades especiales; 5) buen potencial cognitivo, pero limitado a sus centros de interés; 6) aspecto físico normal y “fisonomía inteligente”; y 7) aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento. Esta última observación llevó a Kanner a especular sobre las vagas nociones acerca de los componentes constitucionales de la reactividad emocional. Es por ello que, al final del artículo, define el autismo como “*alteración autista innata del contacto afectivo*”.

La lectura del citado artículo no puede más que sorprender por la vigencia de las descripciones clínicas. De hecho, Kanner intuyó que sus observaciones tendrían una gran trascendencia en el mundo de la medicina. Así quedaba recogido en las primeras frases del artículo:

*“Desde 1938 me ha llamado la atención una condición que difiere de forma tan marcada y única de algo que ya esté descrito, que cada caso merece – y, yo espero va a recibir – una detallada consideración acerca de sus fascinantes peculiaridades.”*

Seguidamente, son descritos de forma minuciosa cada uno de los 11 pacientes. Resulta fácil detectar a partir del relato los aspectos esenciales del autismo, algunos de los cuales han despertado enorme interés en los últimos años.

Sorprendentemente para su época, Kanner también era consciente de que, como ahora bien sabemos, no se hallaba ante una enfermedad rara. Además no debía confundirse con la esquizofrenia o el retraso mental:

*“Estas características conforman un único síndrome, no referido hasta el momento, que parece bastante excepcional, aunque probablemente sea más frecuente de lo que indica la escasez de casos observados. Es muy posible que algunos de ellos hayan sido considerados como débiles mentales o esquizofrénicos. De hecho, varios niños del grupo nos fueron presentados como idiotas o imbeciles, uno todavía reside en una escuela estatal para débiles mentales, y dos habían sido considerados anteriormente como esquizofrénicos”.*

Los criterios diagnósticos que hoy día contempla el DSM-IV-TR para el diagnóstico de autismo (ver Tabla IV) ya estaban ampliamente ilustrados en diferentes pasajes del artículo de Kanner.

Quizás la aportación más genial de Kanner, sobre todo tomando en consideración que fue formulada en un período de gran auge del psicoanálisis en los Estados Unidos, fue el hecho de intuir que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo, cuyo punto de partida era un problema en lo que Kanner denominaba *“componentes constitucionales de la respuesta emocional”*.

*“Por tanto, debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal, biológicamente proporcionado, con las personas; al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas. Si esta hipótesis es correcta, un estudio más profundo de nuestros niños puede ayudar a proporcionar unos criterios más concretos relativos a las todavía difusas relaciones sobre los componentes constitucionales de la respuesta emocional. Por el momento parece que tenemos ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto afectivo”.*

*Hans Asperger. Un año después del artículo de Kanner sin saber de Kanner.*

Hans Asperger, pediatra vienés, era 12 años más joven que Kanner. Tras graduarse en Medicina en Viena fue contratado en el Hospital Infantil de la Universi-



dad de Viena. Un año más tarde, en 1944, publicó observaciones muy similares a las de Kanner. Sin embargo el hecho de estar escritas en alemán limitó en gran medida su difusión. Contrasta la relativa placidez de la vida universitaria de Estados Unidos, donde estaba ubicado Kanner, con la atormentada situación de Viena durante la II Guerra Mundial. Al poco tiempo de finalizar la contienda fue nombrado director del Hospital Infantil de la ciudad. Más tarde ocupó la cátedra de Pediatría en la Universidad de Viena.

La publicación de Asperger recogía la historia de cuatro muchachos, y al igual que Kanner, utilizaba el término autismo (psicopatía autista), coincidencia asombrosa si se tiene en cuenta, como parece ser, que Asperger desconocía el trabajo y la publicación de Kanner, y viceversa. Los pacientes identificados por Asperger mostraban un patrón de conducta caracterizado por: falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, pobre comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación. Asperger solía utilizar la denominación de “pequeños profesores” (*kleine Professoren*) para referirse a ellos, destacando su capacidad para hablar de sus temas favoritos de modo sorprendentemente detallístico y preciso.

Quizás los dos aspectos que más impresionan de las aportaciones de Asperger son, por una parte, la extrema precisión y minuciosidad de sus publicaciones y, por otro lado, la esmerada comprensión hacia los niños diagnosticados de psicopatía autística. No sorprende que se haya especulado que la personalidad del propio Hans Asperger compartiera algunas características propias del síndrome por él descrito. Por lo que se ha podido rescatar sobre su biografía (21), está bien documentado que era un chico solitario, con dificultad para hacer amigos, dotado de un lenguaje muy desarrollado y sumamente conocedor de la obra del poeta alemán Franz Grillparzer cuyas poesías frecuentemente recitaba ante sus perplejos y desinteresados compañeros. Las fotografías tomadas durante su período de relevancia profesional lo suelen mostrar con una expresión cándida, franca y sumamente interesada en su trabajo, rematada por una mirada intensa (22). Asperger no sólo era un gran clínico, sino que era un defensor apasionado de la integración social y laboral de las personas que tenían las características que había descrito. No deja de ser admirable que en una sociedad regida por las ideas eugenésicas del nazismo, Asperger destacara el valor social de estos ciudadanos, coincidiendo con Kanner en su enfoque humanista del tratamiento a los pacientes. Por ello, afirmaba con contundencia que los maestros trabajarían mejor y conseguirían los mejores resultados si se ponían de su lado. Abogaba por una educación basada en la comprensión. En su época, Asperger ya sostenía algo que hoy parece sorprender a muchos profesionales dedicados a la educación, como es defender que los niños con el trastorno que describió aprenden más y mejor cuando son guiados por sus intereses especiales.



Como se ha indicado, los trabajos de Asperger, por el hecho de haber sido publicados en alemán, fueron largamente ignorados por la psiquiatría y la neurología en la mayoría de países. Este olvido empezó a experimentar un giro a partir de 1981, tras la traducción de sus trabajos al inglés por Lorna Wing, a quien se atribuye el término síndrome de Asperger (23). Sin embargo, mucho antes, el psiquiatra alemán Gerhard Bosch (1970) ya había utilizado el término síndrome de Asperger. En 1962, dicho autor había publicado una monografía en alemán, traducida al inglés en 1970, donde ubicaba el síndrome de Asperger dentro del autismo (24). De todos modos, la divulgación, no solo de la denominación, sino de la difusión del conocimiento del síndrome, tiene su punto de partida en la publicación de la traducción al inglés de los trabajos de Asperger por Lorna Wing. Paradójicamente, poco tiempo después de haberse categorizado el síndrome de Asperger, dando lugar a una expansión del diagnóstico, la misma autora introdujo el concepto de TEA, concepto bajo el cual tiende a quedar diluida la especificidad del trastorno de Asperger. Una ironía del paso del tiempo, que refuerza la idea de espectro autista, es que hoy quizás diagnosticaríamos de síndrome de Asperger, por lo menos a 6 de los 11 pacientes publicados por Kanner; y, recíprocamente, identificaríamos como “kannerianos” algunos de los publicados por Asperger.

Si bien se reconoce en Asperger la paternidad del trastorno por él identificado, en el año 1926 la neuróloga rusa Ewa Ssucharewa publicó la primera descripción de pacientes que actualmente diagnosticaríamos como síndrome de Asperger. Los pacientes descritos por Ssucharewa fueron rescatados para la literatura médica por Sula Wolff, quien los asimiló al grupo de pacientes que dicha autora ha clasificado como trastorno esquizoide de la personalidad en la infancia (25). Sin embargo, los límites entre este trastorno y el síndrome de Asperger son muy sutiles y difíciles de delimitar (26). Por otro lado, la identidad del trastorno esquizoide de la personalidad como entidad específica, resulta dudosa, motivo por el cual posiblemente no será incluida en el DSM 5 (27).

*Bruno Betelheim. La fortaleza vacía.*

Las aportaciones de Kanner, aterrizaron en territorios donde las teorías psicoanalíticas y conductistas tenían un fuerte arraigo, especialmente las primeras. Si bien el autismo era una realidad clínica incuestionable, su interpretación abría un fuerte debate, en la actualidad todavía presente en ciertos entornos.

El Psicoanálisis, tendencia mayoritaria en la psiquiatría y psicología americana en tiempos de Kanner, acaparó un gran protagonismo durante el período en

que se iba configurando la identidad e interpretación del autismo. El personaje más relevante, cuya huella sigue presente fue Bruno Bettelheim (1903 –1990). Curiosamente, al igual que Kanner y Asperger, nació en Austria. Hasta bien entrados los 30 años tuvo que asumir las cargas familiares, debido a la muerte prematura de su padre. Una vez solucionados los problemas económicos reemprendió los estudios de filosofía en la Universidad de Viena. Durante 7 años, juntamente con su primera esposa Gina, tuvo a su cargo a Patsy, un niño americano que él mismo posteriormente describió como autista. Se doctoró en Historia del Arte por la universidad de Viena, lo cual le llevó a estudiar la influencia en el arte de los arquetipos de Jung y la interpretación del arte como expresión del inconsciente freudiano. Cuando Austria fue anexionada a Alemania en 1938, estuvo recluido en los campos de concentración de Dachau y Buchenwald durante 11 meses. Afortunadamente para él, una amnistía declarada por Hitler en motivo de su cumpleaños, le permitió recuperar la libertad.

En 1941, poco tiempo después haber emigrado a los Estados Unidos Bettelheim contrajo matrimonio, y tuvo tres hijos. Desarrolló la mayor parte de su vida profesional como profesor de educación y de psicología en la Universidad de Chicago.

La traumática experiencia de Bruno Bettelheim en los campos de concentración, fue el punto de partida para desarrollar su teoría sustentada en la repercusión en las primeras edades de lo que se denominó “madre nevera” (“*refrigerator mother*”). Bettelheim estableció un paralelismo entre los síntomas del autismo y su vivencia en el campo de concentración, donde la relación con los carceleros le había llevado a un aislamiento y negación del mundo exterior. Sus teorías alcanzaron gran difusión tras la publicación del libro “*The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*” (28). La interpretación radical de las teorías de Bettelheim sostiene que la madre rechaza la existencia de su hijo. A ello se puede añadir la presencia de padres fríos, ausentes o de carácter débil.

Bettelheim sostenía que los primeros días de la vida del bebe, son críticos para el desarrollo. Tomando como ejemplo la lactancia, destacaba la importancia de aspectos formales como la forma de sostenerlo durante la ingestión de leche.

Previamente a Bettelheim, Erikson (1950) (29) ya había atribuido los orígenes del autismo a la relación madre/hijo, pero imputando la causalidad a la reacción de la madre ante los síntomas del niño. En tanto que Bettelheim tomaba como punto de partida los primeros días de vida, Erikson se centraba en el hecho de que estos niños, desde una edad muy temprana fracasan sutilmente en la respuesta a la mirada, sonrisa y contacto físico, la cual provoca que la madre, sin quererlo, se distancie, y contribuya decisivamente al aislamiento del niño autista.

Para Bettelheim existía algo previo a la falta de respuesta de la madre. Si bien la falta de respuesta pudiera haber ocurrido, Bettelheim se sentía más impresionado

por la inseguridad de los padres y por la necesidad de defenderse ellos mismos del feto desde el mismo principio de su nacimiento.

Aunque Kanner siempre había defendido el carácter innato del autismo, se adhirió parcialmente, por un tiempo, a la teoría de la madre nevera, bajo la premisa de que este podía ser un factor coadyuvante (30).

Bettelheim (1967) quiso ir más allá del Psicoanálisis en la comprensión del autismo incorporando otras teorías tales como Epistemología Genética, desarrollada por Jean Piaget. El principal empeño de Bettelheim era comprender el autodesarrollo, o su ausencia en los niños autistas. El creía que los escritos psicoanalíticos atribuían una identidad demasiado desarrollada a los individuos autistas, cuya conducta ya se había roto, según él, en todas las áreas en un estadio muy precoz, lo cual se reflejaba en la ausencia de una psique organizada

Puesto que el sentido del yo va mano a mano con la primera consciencia del entorno, utilizó las ideas de Piaget afirmando: *“la acción no requiere consciencia, pero tras habérsela representado genera la primera consciencia. La acción entonces crea la separación entre el Yo y el no Yo, fuera del caos primario. Más correctamente, debería decirse que la acción crea una hendidura entre lo que se actúa y lo que es actuado; y lo que influye es la separación entre lo que (a través de la acción) se convierte en el Yo y lo que (a través de la influencia) se convierte en su objeto”*.

Piaget ya había escrito algo similar: *“El individuo solo llega a aprender a conocerse a sí mismo cuando actúa sobre el objeto, y este último solo llega a ser conocido como resultado del progreso de la acciones”*. (31)

Respecto a Marcia, una de sus pacientes, Bettelheim afirmaba que la mala madre, el mal objeto, no había sido incorporado sino que simplemente había tomado posesión de Marcia. Desde esta percepción se entiende que fundara la Orthogenic School, donde el niño era separado de sus padres para que de este modo, con la ayuda de los terapeutas, pudiera resolver sus problemas.

Bettelheim falleció por suicidio en 1990. No tardaron, tras su muerte, en aparecer alegaciones respecto a la falsificación de credenciales académicas y acusaciones por abuso físico a pacientes internados en su escuela (32). En cualquier caso, al margen de su contradictoria trayectoria profesional y personal, y de la validez de sus teorías, el impacto que ha generado su obra es innegable.

Progresivamente, tanto las aportaciones de Bettelheim, como las de la escuela psicoanalítica en general, sobre todo en sus interpretaciones más radicales, han experimentado un fuerte declive, expresado ya en la década de los años 70 (33-35) y han sido explícitamente cuestionadas por la mayoría de guías de buena práctica en el tratamiento del autismo (36-40).

*El autismo en el DSM.*

Con el fin de homogeneizar la conceptualización de los trastornos mentales y unificar los criterios diagnósticos entre los profesionales se elaboraron los manuales diagnósticos, la OMS el International Classification of Diseases (ICD) y la American Psychiatric Association el *Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders* (DSM). La primera versión, el DSM-I (41) apareció en el año 1952. Aunque el autismo ya había sido identificado como una entidad específica nueve años antes no fue incluido en esta versión. Los niños de características descritas en el autismo eran diagnosticados como “reacción esquizofrénica de tipo infantil”.

El DSM-II (42), aparecido en 1968, tampoco contemplaba el autismo como un diagnóstico específico, sino como una característica propia de la esquizofrenia infantil. Se puntualizaba: “*La condición puede manifestarse por conducta autista, atípica y aislamiento*”; y se mencionaba además, la existencia de un fracaso para desarrollar una identidad independiente de la madre. También hacía referencia a la posible asociación con retraso mental, como una característica adicional. (Tabla I)

Tabla I.

*Criterios diagnósticos del DSM I (1952) y el DSM II (1968) para la esquizofrenia de tipo infantil.*

DSM I (1952) - Reacción esquizofrénica, tipo infantil.

Contempla el autismo como una forma de esquizofrenia, siguiendo la línea previa a las aportaciones de Leo Kanner.

DSM II (1968) – Esquizofrenia de tipo infantil.

Esta categoría se utilizó para los síntomas esquizofrénicos que aparecen antes de la pubertad. Se considera que la enfermedad puede manifestarse por: comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo.

Estas alteraciones del desarrollo pueden provocar retraso mental, el cual también debe diagnosticarse.

No fue hasta 1980, con la publicación del DSM-III (43), cuando se incorporó el autismo como categoría diagnóstica específica. Se contemplaba como una entidad única, denominada “autismo infantil”. Para su diagnóstico se requerían seis condiciones, todas las cuales debían estar presentes. La tabla II, muestra los criterios del DSM III, para el autismo infantil.

## ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla II.  
*Criterios diagnósticos del DSM III para el autismo infantil. 1980.*

6 criterios para el diagnóstico del autismo infantil:

A. Inicio antes de los 30 meses.

B. Déficit generalizado de receptividad hacia a las otras personas (autismo)

C. Déficit importante en el desarrollo del lenguaje

D. Si hay lenguaje se caracteriza por patrones peculiares tales como ecolalia inmediata o retrasada lenguaje metafórico e inversión de pronombres.

E. Respuestas extrañas a varios aspectos del entorno; por ejemplo, resistencia a los cambios, interés peculiar o apego a objetos animados o inanimados.

F. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones, asociaciones laxas e incoherencia como sucede en la esquizofrenia

El DSM III-R (44), aparecido en 1987, supuso una modificación radical, no solo de los criterios sino también de la denominación. Se sustituyó autismo infantil por trastorno autista. Con ello el autismo quedaba incorporado a la condición de “trastorno” (*disorder*), término que se usa en los manuales para definir genéricamente los problemas mentales, marcando una distancia conceptual con la terminología propia de los problemas médicos de etiología y fisiopatología conocida total o parcialmente. Si bien el término “trastorno” es útil para marcar la singularidad de los problemas mentales tal como los contempla el DSM, adolece de una falta de significado conceptual. En el DSM IV-TR (45) se menciona la falta de concreción de “trastorno”, por lo cual queda pendiente consensuar una definición coherente con el paradigma hacia donde se van a orientar las nuevas revisiones del DSM (46) (47).

El DSM III-R amplió la versión anterior al delimitar los criterios diagnósticos, cada uno de los cuales era descrito minuciosamente y con gran detalle. Además, se incorporaban al texto ejemplos concretos que aclaraban cuando un criterio se debía considerar positivo. El DSM III-R contemplaba el autismo como una categoría única, si bien admitía el diagnóstico de autismo atípico, para aquellos casos que aunando características claras de autismo no cumplían todos los criterios. La tabla III muestra los criterios del DSM III-R.

Tabla III.  
*Criterios diagnósticos del DSM III-R para el trastorno autista. 1987.*

Por los menos deben estar presentes 8 de los siguientes 16 criterios, de los cuales deben incluirse por lo menos 2 ítems de A, uno de B y uno de C.

A. Alteración cualitativa en la interacción social recíproca (los ejemplos entre paréntesis han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:

1. Marcada falta de consciencia de la existencia de sentimiento en las otras personas (por ejemplo trata a la persona como si fuera un objeto o un mueble; no detecta el malestar en la otra persona; en apariencia no tiene el concepto de la necesidad de privacidad de los demás).
2. Ausencia o alteración en la busca de consuelo en los momentos de angustia (por ejemplo, no busca consuelo cuando está enfermo, se hace daño, o está cansado; busca consuelo de forma estereotipada, por ejemplo dice: “queso, queso, queso” cuando algo le duele).
3. Ausencia o alteración en la imitación (por ejemplo, no gesticula bye-bye: no coopera en las actividades domesticas de los padres; imitación mecánica de las acciones de los demás fuera de contexto).
4. Ausencia o alteración en la imitación del juego social (por ejemplo, no participa activamente en juegos simples, prefiere el juego solitario; solo involucra a los otros niños en el juego como soporte mecánico).
5. Alteración importante en la habilidad para hacer amigos entre los iguales (por ejemplo, falta de interés en hacer amistad con iguales a pesar de tener aficiones similares; muestra falta de comprensión de las normas de interacción social, por ejemplo leer el listín de teléfono a compañeros que no les interesa).

B. Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y juego imaginativo (los ítems enumerados han sido organizados de modo que los listados en primer lugar sean los que sean más aplicables a los más pequeños o más afectados, y los últimos a los mayores o menos afectados) manifestado por lo siguiente:

1. Ausencia de forma de comunicación, como: balbuceo comunicativo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado.
2. Comunicación no verbal marcadamente anormal, como el uso de contacto visual, expresión facial, gestos para iniciar o modular la interacción social (por ejemplo, no anticipa para ser tomado en brazos, se pone rígido cuando se le toma en brazos, no mira a la persona o sonríe cuando realiza un contacto social, no recibe o saluda a las visitas, mantiene la mirada perdida en las situaciones sociales);
3. Ausencia de juego simbólico, como imitar actividades de los adultos, per-sonajes de fantasía o animales; falta de interés en historias sobre acontecimientos imaginarios.
4. Claras alteraciones en el habla, incluyendo, volumen, tono, acento, velocidad, ritmo y entonación (por ejemplo, tono monótono, prosodia interrogativa, tono agudo).
5. Claras alteraciones en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo uso estereotipado o repetitivo del lenguaje (por ejemplo, ecolalia inmediata o repetición mecánica de anuncios de la televisión); uso del “tu” en lugar del “yo” (por ejemplo, decir “quieres una galleta” para decir “quiero una galleta”; uso idiosincrático

## ORIGINALES Y REVISIONES

de palabras o frases (por ejemplo, “montar en el verde” para decir “yo quiero montar en el columpio”); o frecuentes comentarios irrelevantes (por ejemplo, empezar a hablar de horarios de trenes durante una conversación sobre viajes).

6. Clara alteración en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de un lenguaje adecuado (por ejemplo dejarse llevar por largos monólogos sobre un tema a pesar de las exclamaciones de los demás).

C. Claro repertorio restringido de intereses y actividades manifestado por lo siguiente:

1. Movimientos corporales estereotipados (por ejemplo, sacudir o retorcer las manos, dar vueltas, golpear la cabeza, movimientos corporales complejos).

2. Preocupación persistente por partes de objetos (por ejemplo, olfatear objetos, palpar reiteradamente la textura de objetos, girar ruedas de coches de juguete) o apego a objetos inusuales (por ejemplo, insistir en llevar encima un trozo de cuerda).

3. Manifiesto malestar por cambios en aspectos triviales del entorno (por ejemplo, cuando se cambia un jarro de su lugar habitual).

4. Insistencia irracional para seguir rutinas de modo muy preciso (por ejemplo, insistir en que siempre se debe seguir exactamente la misma ruta para ir a la compra).

5. Manifiesto rango restringido de intereses y preocupación por un interés concreto (por ejemplo, interesado en alinear objetos, acumular datos sobre meteorología o pretender ser un personaje de fantasía).

D. Inicio durante la primera infancia

Especificar si se inicia en la niñez (después de los 36 meses).

En los años 1994 y 2000 aparecieron respectivamente el DSM-IV (48) y el DSM IV-TR (Tabla IV), que aunque no planteaban modificaciones sustanciales entre ellos, representaron un nuevo cambio radical. Por una parte se definieron 5 categorías de autismo: trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Además, se incorporó el término trastornos generalizados del desarrollo (*pervasive developmental disorders*), como denominación genérica para englobar los subtipos de autismo.



Tabla IV.  
*Criterios diagnósticos del DSM IV-TR para el trastorno autista. 2000.*

- A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).
- (1) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
- (a) Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
  - (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
  - (c) Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
  - (d) Falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
- (a) Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
  - (b) En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
  - (c) Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático.
  - (d) Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
- (3) Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
- (a) Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
  - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
  - (c) Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
  - (d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) interacción social, (2) empleo comunicativo del lenguaje o (3) juego simbólico.
- C. La perturbación no encaja mejor con un trastorno de Rett o trastorno desintegrativo infantil.

El otro aspecto determinante que se modificó con respecto al DSM III-R fueron los criterios diagnósticos. Los 16 criterios para el trastorno autista del DSM III, fueron reducidos a 6. Obviamente, tras esta revisión, el diagnóstico pasaba a ser menos restringido. Todo ello comportó un cambio en el panorama. Quizás la repercusión más importante de esta revisión del DSM, fue el espectacular incremento en el diagnóstico de autismo.

*El espectro autista.*

Consolidado el modelo de autismo definido fenomenológicamente como lo identificó Kanner, se iba perfilando, cada vez con más precisión, una visión categórica que quedaba reflejada en las distintas versiones del DSM. Pero en el año 1979, Lorna Wing y Judith Gould sugirieron una nueva percepción del autismo (49). La diferencia con el modelo convencional era sutil en apariencia, pero radical en el fondo. El cambio conceptual se basó en el estudio llevado a cabo en un área de Londres por estas autoras. El estudio permitió identificar pacientes que encajaban en el patrón típico descrito por Kanner, pero también pacientes que sin ajustarse al perfil kanneriano, mostraban en mayor o menor grado la tríada de problemas en la interacción social, comunicación e imaginación, asociado a un patrón de conductas rígidas y repetitivas, cualitativamente similares a las de los autistas “típicos”, pero cuantitativamente distintas. El retraso mental aparecía como una dimensión distinta. La tríada puede ser identificada independientemente del nivel de inteligencia y puede estar asociada o no a otros problemas médicos o psicológicos (50). Estos datos ponían en evidencia que no se podían establecer unos límites categóricos entre los distintos pacientes detectados; y que, en realidad, las manifestaciones del autismo se distribuían como un continuo; y que los límites entre las distintas categorías propuestas en el DSM distan mucho de ser precisas.

Con el tiempo esta percepción se ha ido consolidando y actualmente es aceptada por la mayoría de expertos en el campo. Por otro lado, encaja muy bien con los nuevos modelos genéticos que contemplan interacciones poligénicas de baja y alta magnitud de efecto, determinadas por polimorfismos de un solo nucleótido y variaciones en el número de copias; y además con modulación por factores epigenéticos (51).

*El autismo en los inicios del siglo XXI. Tendencias del DSM 5.*

El DSM 5 va a consolidar conceptualmente el autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio de apelativo tiene un alcance que va más allá de una simple adecuación semántica. Los trastornos generalizados del desarrollo, tal como se contemplan en el DSM-IV-TR, incluyen el trastorno de Rett. Pero actualmente se conoce lo suficiente sobre este trastorno para ser considerado una enfermedad genética específica cuya relación con el autismo no va más allá de la coincidencia de algunos síntomas. Por el contrario, no se han encontrado datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguir cualitativamente

trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno desintegrativo infantil y trastorno autista no especificado. Esta propuesta está generando un intenso debate, centrado en la conveniencia, o no, de mantener el término trastorno de Asperger, cuya homologación dentro de los manuales diagnósticos habrá sido fugaz. Quizás entró demasiado tarde, cincuenta años después de su descripción, y desaparece demasiado pronto, apenas 20 años después de haber sido incluido en el DSM IV. El motivo más convincente para incorporar dentro de los TEA, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y los TGD-NOS se sustenta en el hecho de que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje, y por otras manifestaciones ajenas al núcleo autista.

El DSM 5 agrupará los criterios de trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio definido como un déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo. Dentro de este criterio se contemplarán problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas al nivel de desarrollo

El tercer criterio del DSM IV-TR (patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados), quedará formulado más o menos igual; sin embargo, se añadirá dentro de este criterio la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno

La necesidad de que antes de los tres años, se debían producir retrasos o alteraciones en una de las tres áreas (interacción social, empleo comunicativo del lenguaje o juego simbólico) se sustituye por la necesidad de que los síntomas estén presentes desde la primera infancia, aunque no puedan percibirse hasta que las demandas sociales excedan la limitación de las capacidades.

El DSM 5 marcará un cambio conceptual, que quizás sea el camino de inicio de un itinerario hacia una interpretación radicalmente distinta de los trastornos mentales (47).

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Christian H. Mathesius, Johannes (1504-1565). Global Anabaptist Mennonite Encyclopedia Online, 1957. <http://www.gameo.org/encyclopedia/contents/M381.html>
- (2) Anónimo. Las florecillas de San Francisco 5 a ed. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1971.
- (3) Fritz U. Autismo. Madrid: Alianza Editorial, 1989.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (4) Lane H. *Wild Boy of Aveyron*. Cambridge: Harvard University Press Publications, 1976.
- (5) Bonnatere PJ. Notice historique sur le sauvage de l'Aveyron. *Journal de Paris* 1800; September 5: 1741-2.
- (6) Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Monograph series on schizophrenia. Vol 1. New York: International University Press, 1950.
- (7) Rothgeb C L. *Abstracts of the Collected works of C.G. Jung*. London: Karnac Books Ltd, 1992.
- (8) Bender L. Childhood schizophrenia. *Nerv Child* 1942; 1: 138-40
- (9) Gesell A, Amatruda GS. *Developmental diagnosis*. New York: Harper 1941.
- (10) Hulse WC, Heller T. Dementia infantilis. *J Nerv Ment Dis* 1954; 119: 471-7.
- (11) Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child* 1943; 2: 217-50.
- (12) Kanner L. *Child Psychiatry*. Springfield: Charles C. Thomas, 1935. (traducción castellana: *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Siglo XX 1972.)
- (13) Bird D. Dr. Leo Kanner 86. *Child Psychologist*. New York Times, 1981; April 7.
- (14) Kanner L. The conception of wholes and parts in early infantile autism. *Am J Psychiatry* 1951; 108: 23-6.
- (15) van Krevelen DA. Early infantile autism. *Acta Paedopsychiatr* 1952; 91: 81-97.
- (16) Stern, E. A propos d'un cas d'autisme chez un jeune enfant. *Arch Fr Pediatr* 1952; 9: 157-64.
- (17) Kanner L. To what extent is early infantile autism determined by constitutional inadequacies? *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis* 1954; 33: 378-85.
- (18) Kanner L. *In Defense of Mothers: How to Bring up Children in Spite of the More Zealous Psychologists*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 1950.
- (19) Kanner L. Infantile autism and the schizophrenia. *Behav Sci*, 10:412, 1965.
- (20) Kanner L. General concept of schizophrenia at different ages. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 1955; 34: 451-3.
- (21) Lyons V, Fitzgerald M. Did Hans Asperger (1906-1980) have Asperger syndrome?, *J Autism Dev Disord* 2007 37: 2020-1.
- (22) Osborne L. *American Normal: The Hidden World of Asperger's Syndrome*. New York: Copernicus Books/Springer-Verlag, 2002.
- (23) Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med* 1981; 11: 115-29.
- (24) Bosch G. *Infantile autism – a clinical and phenomenological anthropological investigation taking language as the guide*. Berlin: Springer, 1970.
- (25) Wolff S, Townshend R, McGuire RJ, Weeks DJ. 'Schizoid' personality in childhood and adult life. II: Adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 620-9.
- (26) Ssucharewa GE, Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? (Translation of a paper entitled "Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter" by Dr. G.E. Ssucharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60: 235-261) *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1996; 5: 119-32.
- (27) <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions>
- (28) Bettelheim B. *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: The Free Press, 1967.
- (29) Erikson E H. *Childhood and society*. New York: Norton, 1950.

- (30) Kanner L. Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *Am J Orthopsychiatry* 1949; 19: 416–26.
- (31) Piaget J. *The Grasp Of Consciousness: Action and Concept in the Young Child*. Cambridge: Harvard University Press, 1976.
- (32) Bernstein R. Ideas and trends; accusations of abuse haunt the legacy of Dr. Bruno Bettelheim. *New York Times* 1990; November 4.
- (33) Kanner L. The children haven't read those books, reflections on differential diagnosis. *Acta Paedopsychiatr* 1969;36: 2-11.
- (34) Bartak L, Rutter M. Special educational treatment of autistic children: a comparative study. 1. Design of study and characteristics of units. *J Child Psychol Psychiatry* 1973;14:161-79.
- (35) Rimland B. *Infantile autism*. New York: Appleton Century Crofts, 1964.
- (36) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en Atención Primaria. *Guía de Práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid: Guía de Práctica Clínica: UETS 2007/5-3; 2009.
- (37) Collaborative Work Group on Autistic Spectrum Disorders. *Best practices for design-ing and delivering effective programs for individuals with ASD. Recommendations of the collaborative Work Group on Autistic Spectrum Disorders*. California: California Departments of Education and Developmental Services, 1997.
- (38) Ministries of Health and Education. *New Zealand Autism Spectrum Disorder Guide-line*. Wellington: Ministry of Health, 2008.
- (39) Perry A, Condillac R. *Evidence-Based Practices for Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders: Review of the Literature and Practice Guide*. Toronto: Children's Mental Health Ontario, 2003.
- (40) Fuentes-Biggi J, Ferrari-Arroyo MJ, Boada-Muñoz L, Touriño-Aguilera E, Artigas-Pallarés J, Belinchón-Carmona M, et al. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2006; 43: 425-38.
- (41) American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Men-tal Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1952.
- (42) American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Men-tal Disorders, 2nd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.
- (43) American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Men-tal Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.
- (44) American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Men-tal Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
- (45) American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Men-tal Disorders, 4th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- (46) Aragona M. The concept of mental disorder and the DSM-V. *Dial Phil Ment Neuro Sci* 2009; 2: 1-14.
- (47) Artigas-Pallarés J. ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev Neurol* 2011;52 (S01):59-69.

---

ORIGINALES Y REVISIONES

(48) American Psychiatric Association (APA). Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

(49) Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 1979; 9:11-29

(50) Wing L. Autistic spectrum disorders. *BMJ*. 1996; 312: 327-8.

(51) Hudziak JJ, Faraone SV. The new genetics in child psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:729-35.